DEPARTAMENTO DE SEGUROS DEL ESTADO DE CALIFORNIA Steve Poizner, Insurance Commissioner

CONSUMER SERVICES AND MARKET CONDUCT BRANCH
CONSUMER SERVICES DIVISION
300 SOUTH SPRING STREET, SOUTH TOWER
LOS ANGELES, CA 90013
www.insurance.ca.gov
CCB-011 P
Revised: 12/21/06

SOLICITUD DE ASISTENCIA

_____ Teléfono: Trabajo: ( ) _____
Su nombre Teléfono: Residencia: ( ) _____

_____
Dirección

_____
Ciudad Zona Postal

==========

Antes de que se pueda presentar una queja con el Departamento de Seguros, es necesario primero contactar la compañía de seguro o el agente para resolver su problema(s). Si no recibe un respondo satisfactorio, entonces complete esta forma, con copias de todos los papeles importantes que relatan a su problema.

Usted debe saber que una copia de ésta Solicitud de Asistencia y documentos adicionales que Usted nos ha enviado puede ser enviada a la compañía de seguros o el agente a menos que indique que no desea que una copia sea enviada por medio de marcar en la caja:

☐ **No envíen copias de mi solicitud y de mis documentos adicionales. Sin embargo, por favor contacten a la compañía de seguros para que Ustedes investiguen mi queja en nombre mío.**

1. El nombre completo de la compañía aseguradora:
_____

2. Tipo de seguro: Auto ☐ Casa ☐ Vida ☐ Salud ☐ Otro ☐_____

3. (a) Nombre del asegurado si es diferente a su nombre:
_____

(b) Si es póliza de grupo, nombre del grupo:
_____

4. Número de la póliza o certificado:
_____

5. Número de reclamo (si es aplicable)_____

6. Fecha en que la pérdida ocurrío o principío (si es aplicable)_____

7. Agente (si es aplicable)_____

Dirección _____ Ciudad/Estado_____ Zona Postal_____

8. ¿Ha comunicado con la compañía o el agente? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es sí, favor de proveer el nombre de la persona(s) comunicada
_____
(Suministar copias de toda correspondencia)

(COMPLETE EL REVERSO DE ESTA FORMA)

9. ¿Ha reportado ésto a alguna otra oficina del gobierno? Sí ☐ No ☐
Sí la respuesta es sí, favor de proveer:
(1) El nombre de la agencia:_____

(2) Número de archivo, si lo sabe:_____

10. ¿Ha escrito anteriormente al Departmento de Seguros referente a este caso?
Sí ☐ No ☐ Número de archivo _____ Fecha _____

11. ¿Hay representación de un abogado sobre éste asunto? Sí ☐ No ☐

12. ¿Hay algún juicio en acción prevaleciente o pendiente en éste caso? Sí ☐ No ☐
Si es sí, nuestra habilidad de mediar este asunto es limitada, pero nosotros investigaremos su pregunta para asuntos regulatorios. Nosotros podríamos deferir la investigación regulatoria hasta que finalize el pleito. Nosotros aún le pedimos que complete este formulario para poder terner constancia de su asunto. Una vez concluído el asunto, acceptaremos cualquier información relacionada a violaciones de ley por parte del asegurador que Usted o su abogado esten dispuestos a proveer.

13. Brevemente describa cuál es su problema (use papel adicional si es necesario).

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

14. ¿Que considera ústed como una solución satisfactoria a su problema?

_____
_____
_____

_____ _____
(FIRMA) (FECHA)